

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ПЕРЕДНИХ ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА

Никольский М.А.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Проблема остеомиелита позвоночника является одной из наиболее сложных в структуре ортопедической патологии. Частота ошибок первичной диагностики остеомиелита позвоночника достигает 30-70% (Селиванов В.П., 1974). Активность патологического процесса, как правило, обусловлена вирулентностью патогенного стафилококка и состоянием организма больного. Гнойному воспалительному процессу в позвоночнике предшествовали фурункулы, ангины, гнойные поверхностные раны, воспаления

женских половых органов после прерывания беременности, ушибы, грипп и ОРЗ.

Нами проведён анализ лечения 39 больных с остеомиелитом позвоночника за период с 1976 по 2001 год. Возраст составил от 23 до 65 лет. Мужчин было 23, женщин – 16. Процесс локализовался в шейном отделе у 6, в грудном у 11 и в поясничном отделах у 22 пациентов.

Диагностика остеомиелита позвоночника основывалась на совокупности клинико-рентгенологических данных. Особое внимание уделяли тщательно собранному анамнезу, общему и местному клиническому, в том числе неврологическому исследованию, данным лабораторного исследования, использовали обзорную и прицельную рентгенографию, томографию, компьютерную и ЯМР-томографию, микробиологическую и гистологическую верификацию. Компьютерная и ЯМР –томография, используемые с 1993 года позволяют диагностировать и детализировать изменения при остеомиелите в более ранние сроки. В остром периоде болезни поступило 11 человек. У них отмечалось острое начало с резким повышением температуры тела до 39-41°, адинамией, ознобом, потливостью, наличием головных болей, болей в позвоночнике и выраженными изменениями в гемограмме. Клиническая картина у этой группы напоминала менингит, плеврит, пневмонию, острый панкреатит, паранефрит. В локальном статусе практически у всех больных отмечались вынужденная поза, ограничение подвижности в позвоночнике, а шейном отделе симптом «статуи», кифотическая деформация (7 случаев), напряжение паравerteбральных мышц, локальная болезненность при перкуссии и пальпации остистых отростков, нагрузке по оси позвоночника. Участок наибольшей болезненности проекционно совпадает с центром очага поражения. Неврологические нарушения в этой группе больных выявлены у 11 пациентов. Динамика их варьировала от корешкового синдрома до нижнего парализа с нарушениями функции тазовых органов.

У 18 больных отмечена подострая форма заболевания. Она характеризовалась повышением температуры до 37,5-38°, общей слабостью на фоне сильных болей в позвоночнике, грудной клетке, поясничной области, животе, рефлекторно- тоническом синдромом и менее выраженными статико- динамическими нарушениями. Клиническая картина у этой группы больных явилась основанием для ошибочного диагностирования пневмонии, острого панкреатита, холецистита, почечной колики.

У 10 больных отмечено постепенное начало заболевания с субфебрильной температурой, слабостью, умеренными болями в позвоночнике без четкой локализации. Неврологических нарушений в этой группе больных не выявлено. На фоне консервативной терапии заболевание у них приобретает хроническое течение, а постепенная локализация болей в спине позволяет заподозрить патологический позвоночник (туберкулезный спондилит, остеомиелит, опухоль).

Рентгенологические проявления в начале заболевания заключались в виде незначительного снижения высоты межпозвонкового диска или едва заметной тени остеопоротического очага в теле позвонка. Последнее нередко просматривалось при первичном обследовании больного. Более четкое снижение высоты межпозвонкового диска и контактная деструкция тел позвонков на фоне заметного остеопороза с участками остеосклероза отмечались с 3-4 недели. Степень деструкции варьировала от минимальных изменений в структуре очага поражения тела позвонка до тотального разрушения тел позвонков с грубой кифотической деформацией до 53°. Проводимые дополнительные исследования с применением КТ и МРТ позволили значительно улучшить диагностику начальных форм спондилитов. Они позволяют выявить наличие мелких деструктивных очагов в телах позвонков, инфильтрации мягких тканей, пре- и паравертебрального абсцесса, его локализацию, распространение.

Принимая во внимание, что остеомиелит позвоночника представляет собой заболевание организма с многочисленными и разнообразными нарушениями общего и местного гомеостаза, лечение данной патологии осуществлялось только комплексное и строго индивидуальное в виде антибактериальной, инфузионной и иммунокорригирующей терапии с обязательной иммобилизацией позвоночника в гипсовой кровати или строгого постельного режима на щите в течение 10-12 недель. В комплекс консервативного лечения включали двукратное введение стафилококкового анатоксина по 0,5 мл в день через 7-10 суток, антистафилококковой плазмы, гемодеза, протеина, альбумина, витаминов, целенаправленное введение антибиотиков до стойкой нормализации СОЭ. Иначе, в последующем, в том числе перенесении интеркуррентной инфекции, переохлаждении возможно обострение заболевания. Некоторым больным проводили немедикаментозную терапию (УФО кожных покровов, УФО крови). При консервативном лечении при выписке всем больным осуществлялась иммобилизация позвоночника гипсовым И, только в отдельных случаях, съемным корсетом до 3-4 месяцев в шейном и до 6-12 месяцев в грудном и поясничном отделах.

При локализации очага в телах позвонков, независимо от степени деструкции, нестабильности в пораженном позвоночно-двигательном сегменте, выраженном болевом и спинальном синдроме, мы применяли различные по объему оперативные вмешательства. Оперативное вмешательство проводилось на фоне комплексной медикаментозной терапии. Операции выполнялись из передних оперативных доступов к шейному, груднопоясничному и поясничному отделам позвоночника. В основе оперативного вмешательства лежит полная остеонексеквестрэктомия до хорошо кровоточащей кости с обязательным раскрытием всех карманов, санацией костной полости и раны мягких тканей в виде тщательного «отстирания» их методами механической и химической антисептики, позволяющими снизить уровень бактериальной обсемененности костной и мягких тканей ниже критического. В некоторых случаях экспозиция антисептиков составляла до 60 и более минут. Замещение дефекта осуществляли аутотрансплантатом из гребня крыла подвздошной кости. Это позволило восстановить опорную функцию позвоночника с образованием переднего остного блока.

В качестве иллюстрации приводим следующее свое клиническое наблюдение. Больной М., 50 лет, в феврале 1988 г. поступил в терапевтическое отделение одной из районных больниц. Диагностирована ангина. Проводилась соответствующая терапия, однако состояние больного прогрессивно ухудшалось: из-за болей перестал глотать, похудел, начал прогрессировать верхний парапарез. При осмотре полости рта и миндалин врачом-консультантом после кашлевого движения выделилось около 150 мл сливкообразной желтоватого цвета гнойной жидкости. Впервые произведена рентгенография шейного отдела позвоночника в выявлении тотального разрушения тел С4-С5 и частично С3 позвонков, кифотической деформацией с вершиной на уровне сегмента С4-С5 равной 53° и наличием натёчника в околопищеводном пространстве. При микробиологическом исследовании дважды высеян золотистый стафилококк, чувствительный к широкому ряду антибиотиков. Больной в фиксирующем воротнике ЦИТО переведен в областную больницу. При обследовании диагностирован гематогенный остеомиелит тел С3-С4-С5 позвонков с кифотической деформацией на уровне С4-С5 позвонков 53°, паравертебральным натёчником в околопищеводном пространстве. Верхний парапарез. Анатомическая и функциональная нестабильность в сегментах С3-С4-С5 позвонков. Острое прогрессирующее течение.

После массивного противовоспалительного и общеукрепляющего лечения в течение одной недели в условиях фиксации шейного отдела позвоночника жестким корригирующим

воротником ЦИТО больной оперирован. Переднебоковым доступом по медиальному краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы слева вскрыт гнойный натёчник в околопищеводном пространстве. Удалено до 150-170 мл сливкообразной гнойной жидкости с тканевым детритом. После тщательного обильного промывания гнойной полости произведена некрэктомия остатков тел С3-С4-С5 позвонков. На всем протяжении обнажилась задняя продольная связка, скелетным вытяжением за теменные бугры устранена кифотическая деформация, образовался дефект 70-15 мм. Последний после неоднократного промывания раны с экспозицией антисептиков (йодопирон, хлоргексидина биглюконат, перекись водорода) в течение 60 минут заполнен костным аутооттрансплантатом 72-15 мм из гребня подвздошной кости с оставлением вы ране выпускников и микроиригатора для введения антибиотиков. В послеоперационном периоде продолжено антибактериальное и общеукрепляющее лечение. Швы сняты на восьмой день. Через 4 недели наложен торакокраниальный гипсовый корсет, который снят через 6 месяцев. Отмечен полный регресс неврологической симптоматики и сформирование переднего костного блока С2-С6 позвонков. При осмотре через 15 лет здоров, продолжает выполнять различный физический труд.

Отдаленные результаты от одного года до 15 лет прослежены у 22 больных. Рецидив остеомиелита отмечен только у одной больной, с локализацией патологического процесса в поясничном отделе. Больная оперирована повторно- удален секвестрированный костный трансплантат. Через 3 недели ей наложен экстензионный торакоабдоминальный гипсовый корсет на 6 месяцев. Продолжена целенаправленная антибактериальная терапия до стойкого снижения СОЭ (6 недель). Достигнуто полное выздоровление и восстановление работоспособности. У двух больных, леченных консервативно, дважды, в связи с повышением СОЭ до 30-35 мм в час, легким болевым синдромом в поясничном отделе, проводилось комплексное противорецидивное лечение. Оба больных от предложенного оперативного лечения отказались.

Выводы: 1. Наиболее эффективным методом лечения больных с остеомиелитом позвоночника является радикальное оперативное лечение на фоне целенаправленной антибактериальной, инфузионной терапии, активной и пассивной иммунокоррекции. Радикальная санация очага с длительной экспозицией антисептиков позволяет использовать костную аутопластику для замещения дефекта, добиться полного излечения и предупредить инвалидность.

2. Комплексное консервативное лечение остеомиелита позвоночника показано при ранней диагностике и при условии его очевидной эффективности.